Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Facteurs de risque et problèmes de santé chroniques chez les Autochtones et les non-Autochtones

par Lisa M. Lix, Sharon Bruce, Joykrishna Sarkar et T. Kue Young

Octobre 2009

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Facteurs de risque et problèmes de santé chroniques chez les Autochtones et les non-Autochtones

par Lisa M. Lix, Sharon Bruce, Joykrishna Sarkar et T. Kue Young

Résumé

Contexte

Au Canada, la prévalence des facteurs de risque comportementaux et des problèmes de santé chroniques n'est pas la même chez les Autochtones et les non-Autochtones, mais peu de travaux de recherche ont porté sur les changements au cours du temps. La présente étude offre une comparaison de la prévalence de plusieurs facteurs de risque et problèmes de santé chroniques importants chez les Autochtones et les non-Autochtones vivant hors réserve dans le Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut) et dans le sud du Canada à deux points dans le temps.

Données et méthodes

Les données proviennent des cycles 1.1 (2000-2001) et 3.1 (2005-2006) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, menés auprès de 115 990 et 118 716 personnes de 20 ans et plus, respectivement. Dans l'ensemble, 3,8 % des personnes ont déclaré des origines culturelles ou raciales autochtones. Les taux estimatifs bruts de prévalence, les rapports de cotes corrigés et les intervalles de confiance *bootstrap* ont été calculés pour sept facteurs de risque et neuf problèmes de santé chroniques à chaque point dans le temps.

Résultats

En 2000-2001, les Autochtones du Nord étaient plus susceptibles que ceux établis dans le sud du Canada d'être obèses, de fumer quotidiennement et de s'adonner rarement à des activités physiques, mais étaient moins susceptibles de déclarer un certain nombre de problèmes de santé chroniques. De 2000-2001 à 2005-2006, les cotes indiquant le risque de déclarer les facteurs de risque ont augmenté chez les Autochtones vivant dans le Nord et les différences de prévalence des problèmes de santé sont devenues moins prononcées. Peu d'écarts entre les non-Autochtones vivant dans le Nord et ceux établis dans le sud du Canada ont été observés.

Interprétation

Comparativement au sud du Canada, le profil de l'état de santé dans le Nord évolue plus rapidement chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, et semble se détériorer chez les premiers.

Mots-clés

Maladie chronique, comportement de consommation d'alcool, exercice, enquêtes sur la santé, morbidité, obésité, usage du tabac.

Auteurs

Lisa M. Lix (1-306-966-1617; lisa.lix@usask.ca) travaille à la School of Public Health, University of Saskatchewan, 107 Wiggins Road, Saskatoon (Saskatchewan) S7N 5E5; Sharon Bruce et Joykrishna Sarkar travaillent au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba, et T. Kue Young travaille à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto.

Au Canada, la prévalence des facteurs de risque comportementaux et des problèmes de santé chroniques n'est pas la même chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, les résultats étant généralement moins favorables chez les premiers. Ainsi, l'obésité et l'excès de poids sont plus fréquents chez les Autochtones que chez l'autre groupe[1-3]. En outre, la probabilité d'avoir au moins un problème de santé chronique, de même que des problèmes de santé particuliers, comme la maladie cardiovasculaire ou le diabète, est plus élevée chez les Autochtones, même si l'on tient compte des différences entre les caractéristiques sociodémographiques[2,4].

L'évolution de la santé des Autochtones au cours du temps a fait l'objet d'assez peu d'études. Or, la question est particulièrement pertinente pour ceux d'entre eux qui vivent dans le Nord, car leur environnement social, culturel et physique subit de rapides changements qui auront vraisemblablement une incidence sur leur santé. Ainsi, selon une étude récente[5], la prévalence autodéclarée de l'existence d'un problème de santé chronique a augmenté dans le Nord depuis 2000-2001; un accroissement a également été constaté dans le sud du Canada, mais il était plus faible. Toujours selon cette étude, l'activité physique a diminué et l'obésité a augmenté chez les résidents du Nord. Cependant, comme les différences entre les Autochtones et les non-Autochtones n'ont pas été examinées, on ne sait pas exactement si ces tendances se manifestent uniquement chez les Autochtones ou si elles sont communes à toutes les populations établies dans le Nord.

Le but de la présente étude est de comparer l'évolution au cours du temps de la prévalence de plusieurs facteurs de risque comportementaux et problèmes de santé chroniques importants chez les Autochtones et les non-Autochtones

vivant hors réserve dans le Nord et dans le sud du Canada.

Méthodes

Source des données et plan de l'étude

Les données proviennent des cycles 1.1 (2000-2001) et 3.1 (2005-2006) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée par Statistique Canada. Cette enquête nationale est conçue pour recueillir des renseignements sur l'état de santé, les déterminants de la santé et l'utilisation du système de santé dans les provinces et les territoires. Son champ d'observation englobe environ 98 % de la population canadienne de 12 ans et plus. Sont exclus les habitants des réserves et d'autres terres de la Couronne, les personnes résidant en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et tous les résidents (militaires et civils) des bases des Forces canadiennes.

Le cycle 1.1 a été réalisé de septembre 2000 à novembre 2001. Le nombre de participants était de 131 535 et le taux de réponse global, de 84,7 %. Le taux de réponse dans le sud du Canada variait de 82,0 % en Ontario à 88,8 % en Nouvelle-Écosse. Dans le Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut), le taux de réponse global était de 78,3 %.

Le cycle 3.1 a été réalisé de janvier 2005 à janvier 2006. Le nombre de participants était de 132 947 et le taux global de réponse, de 78,9 %. Le taux de réponse dans le sud du Canada variait de 76,4 % au Québec à 85,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Dans le Nord, le taux global de réponse était de 83,3 %, variant de 81,6 % au Yukon à 87,7 % au Nunavut.

Tous les participants de 20 ans et plus aux cycles 1.1 et 3.1 ont été inclus dans la présente analyse, soit 115 990 en 2000-2001 et 118 716 en 2005-2006. Le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université du Manitoba a approuvé la présente étude. L'accès aux données a été obtenu auprès de Statistique Canada. Toutes les analyses ont été effectuées dans l'environnement sécuritaire du Centre de données de recherche de Statistique Canada à l'Université du Manitoba.

Définitions et mesures

Pour faire la distinction entre les participants *autochtones* et *non autochtones* au cycle 1.1 (2000-2001), on a posé la question : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. Êtes-vous...? ». La liste des options comprenait « Autochtone d'Amérique du Nord (Indien(ne) d'Amérique du Nord, Métis(se), Inuit(e)/ Esquimau(de)) ». Pour les besoins de la présente étude, les personnes qui ont répondu affirmativement à cette option ont été classées dans la catégorie des Autochtones; toutes les autres personnes ont été classées dans la catégorie des non-Autochtones. Les personnes incluses dans la catégorie des Autochtones l'ont été qu'elles aient déclaré être Autochtones uniquement ou qu'elles aient fait cette déclaration en combinaison avec des origines non autochtones.

Au cycle 3.1 (2005-2006), une nouvelle variable dérivée a été utilisée pour déterminer si les participants à l'enquête étaient autochtones ou non autochtones. Cette variable a été dérivée de deux autres. De janvier à mai 2005, l'information nécessaire pour dériver la variable a été recueillie à l'aide de la question en réponse à laquelle les participants ont déclaré leurs origines culturelles ou raciales; l'option « Autochtone (Indien(ne) d'Amérique du Nord, Métis(se), Inuit(e) » figurait sur la liste de catégories de réponse. En juin 2005, l'approche a été modifiée en vue d'harmoniser davantage l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes avec le Recensement de la population et l'Enquête sur la population active. On a demandé directement aux participants : « Êtes-vous un(e) Autochtone, c'est-à-dire un(e) Indien(ne) de l'Amérique du Nord, un(e) Métis(se) ou un(e) Inuit(e)? ». Avant juin 2005, les participants à l'enquête pouvaient déclarer une origine autochtone en combinaison avec d'autres origines culturelles ou raciales, et ils étaient affectés à la catégorie des Autochtones qu'ils déclarent une origine autochtone uniquement ou qu'ils déclarent une combinaison d'origines autochtone et non autochtone. À partir de juin 2005, la question au sujet d'autres origines culturelles ou raciales n'a plus été posée aux personnes s'identifiant elles-mêmes comme Autochtones.

Les personnes qui ont indiqué qu'elles vivaient au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut ont été définies comme étant des résidents du *Nord*; toutes les autres ont été considérées comme des résidents du sud du Canada.

Les mesures des résultats en matière de santé ont été tirées de cinq modules de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, à savoir le poids et la taille, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'activité physique et les problèmes de santé chroniques. Comme le contenu des modules et le libellé de leurs questions ont évolué au cours du temps, la sélection des questions communes aux cycles 1.1 et 3.1 a été faite prudemment.

Les mesures des facteurs de risque comportementaux ont été dérivées des modules sur la taille et le poids, l'usage du tabac, la consommation d'alcool et l'activité physique. Les données sur la taille et le poids ont été utilisées pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC) en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Deux catégories de surpoids, fondées sur les lignes directrices canadiennes[6], ont été définies, à savoir l'*excès de poids* (IMC de 25,0 à 29,9) et l'*obésité* (IMC de 30,0 ou plus).

Dans le module sur l'usage du tabac, on a demandé aux participants à l'enquête s'ils fumaient tous les jours, à l'occasion ou pas du tout. Une variable dichotomique unique *fumeur(euse) quotidien(ne)* (oui/non) a été créée.

Les questions sur la fréquence de la consommation d'alcool ont été utilisées pour définir des catégories mutuellement exclusives de types de buveur : régulier, occasionnel, ancien et personne n'ayant jamais consommé d'alcool. Les personnes qui ont déclaré qu'elles avaient consommé de l'alcool au moins une fois

par mois au cours des 12 mois précédents ont été considérées comme des buveurs réguliers. Celles ayant consommé de l'alcool moins d'une fois par mois au cours des 12 mois précédents ont été classées dans la catégorie des buveurs occasionnels. La catégorie des anciens buveurs regroupait les personnes n'ayant pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents, mais ayant déclaré avoir déjà bu de l'alcool. Les données ont été utilisées pour créer la variable dichotomique *buveur(euse) régulier(ère)* (oui/non). On a également demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient consommé plus de cinq verres en une seule occasion au cours des 12 derniers mois et la question a été utilisée pour mesurer l'*abus d'alcool*[7].

La fréquence mensuelle moyenne de l'ensemble des activités physiques ayant duré au moins 15 minutes au cours des trois mois qui ont précédé la date de l'entrevue a servi à évaluer la participation à des activités physiques. Ont été considérées comme ayant une activité physique régulière les personnes dont la fréquence mensuelle moyenne des activités physiques était de 12 fois ou plus (au moins trois fois par semaine), comme ayant une activité physique occasionnelle celles dont la fréquence mensuelle moyenne était de 4 à 11 fois, et comme ayant rarement une activité physique celles dont la fréquence mensuelle moyenne était inférieure à 4 fois. Les catégories de réponse ont été groupées pour former une variable dichotomique : *activité physique régulière/occasionnelle* et *rare*.

Les niveaux d'activité physique sont fondés sur la dépense énergétique quotidienne globale des participants à l'enquête durant leurs loisirs. Les participants ont été catégorisés comme étant *actifs* (3,0 ou plus de kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour]), *moyennement actifs* (1,5 à 2,99 kcal/kg/jour) ou *inactifs* (0 à 1,49 kcal/kg/jour); les deux premières catégories ont été fusionnées. Les activités physiques durant les loisirs comprennent des activités individuelles, telles que la marche, la course, la natation, la pêche et le jardinage, ainsi que des sports d'équipe, comme le hockey sur glace, le basket-ball, le volley-ball et le soccer.

Dans le module des *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux participants à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux certains problèmes de santé particuliers. Des variables de réponse dichotomiques (présence/absence) ont été définies pour les problèmes de santé suivants : asthme, arthrite/rhumatisme, troubles intestinaux, cancer, diabète, emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie cardiaque, hypertension et accident vasculaire cérébral. Le cancer et l'emphysème/

Tableau 1
Ethnicité, sexe et groupe d'âge des participants de 20 ans et plus vivant hors réserve à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, selon la région et le cycle de l'enquête, et comparaison avec les données du Recensement du Canada de 2001 pour les populations hors réserve

	Nord		Sud du Canada	
	Nombre	Répartition en pourcentage	Nombre	Répartition en pourcentage
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1 (2000-2001)	**2 074**	**100,0**	**113 916**	**100,0**
Ethnicité				
Autochtone	866	41,8	3 089	2,7
Non-Autochtone	1 174	56,6	109 850	96,4
Sexe				
Hommes	1 029	49,6	51 972	45,6
Femmes	1 045	50,4	61 944	54,4
Groupe d'âge				
20 à 34 ans	764	36,8	26 794	23,5
35 à 44 ans	569	27,4	25 489	22,4
45 à 54 ans	401	19,3	21 768	19,1
55 ans et plus	340	16,4	39 865	35,0
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1 (2005-2006)	**2 166**	**100,0**	**116 550**	**100,0**
Ethnicité				
Autochtone	810	37,4	4 142	3,6
Non-Autochtone	1 340	61,9	109 777	94,1
Sexe				
Hommes	1 072	49,5	52 655	45,2
Femmes	1 094	50,5	63 895	54,8
Groupe d'âge				
20 à 34 ans	771	35,6	27 386	23,5
35 à 44 ans	518	23,9	21 363	18,3
45 à 54 ans	434	20,0	19 582	16,8
55 ans et plus	443	20,5	48 219	41,4
Recensement du Canada de 2001	**44 885**	**100,0**	**21 629 755**	**100,0**
Ethnicité[†]				
Autochtone	16 615	37,0	390 115	1,8
Non-Autochtone	28 280	63,0	21 239 640	98,2
Sexe				
Hommes	22 580	50,3	10 458 780	48,4
Femmes	22 305	49,7	11 170 985	51,6
Groupe d'âge				
20 à 34 ans	16 145	36,0	5 832 035	27,0
35 à 44 ans	12 290	27,4	5 017 815	23,2
45 à 54 ans	9 685	21,6	4 353 925	20,1
55 ans et plus	6 775	15,1	6 425 980	29,7

† fondée sur l'identité autochtone, qui fait référence aux personnes ayant déclaré s'identifier avec au moins un groupe autochtone (Indien(ne) d'Amérique du Nord, Métis(se) ou Inuit(e)) et celles qui n'ont pas déclaré d'identité autochtone, mais qui ont déclaré être un(e) Indien(ne) inscrit(e) ou visé(e) par un traité, et/ou être membre d'une bande ou d'une Première nation

Nota : À cause de données manquantes, la somme des pourcentages pourrait ne pas être égale à 100.

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles de 2000-2001 et de 2005-2006, Recensement du Canada de 2001

bronchopneumopathie chronique obstructive ont été déclarés trop peu fréquemment pour produire des résultats fiables pour le Nord, si bien qu'ils ont été exclus de l'analyse. Une variable dichotomique indiquant la présence d'*au moins un problème de santé chronique* a également été créée. Les problèmes de santé utilisés pour définir cette variable étaient les suivants : allergies alimentaires, autres allergies, asthme, fibromyalgie, arthrite/rhumatisme, hypertension, maux de dos, migraine, bronchite chronique, emphysème, bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcère à l'estomac ou à l'intestin, incontinence urinaire, troubles intestinaux, cataractes, glaucome, problèmes de la thyroïde, syndrome de fatigue chronique, sensibilité aux agresseurs chimiques et tout autre problème de santé de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé.

Techniques d'analyse

Nous avons calculé les pourcentages de personnes ayant déclaré chaque facteur de risque comportemental et chaque problème de santé chronique, ainsi que les intervalles de confiance à 95 %. Nous avons recouru à la régression logistique

Tableau 2
Prévalence brute de certains facteurs de risque et problèmes de santé chroniques importants, selon la région et l'ethnicité, population hors réserve, Canada, 2000-2001 et 2005-2006

	Nord						Sud du Canada					
	2000-2001			2005-2006			2000-2001			2005-2006		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Autochtones												
Facteurs de risque												
Excès de poids	28,6	26,1	31,0	26,2	22,1	30,2	30,1	27,4	32,8	30,9	28,6	33,2
Obésité	20,2	18,1	22,4	25,4	20,5	30,2	22,7	20,1	25,2	25,3	23,2	27,4
Fumeur(euse) quotidien(ne)	52,5	50,0	55,0	50,2	45,7	54,8	45,4	42,4	48,4	36,2	33,7	38,6
Buveur(euse) régulier(ère)	44,4	42,5	46,3	51,6	46,5	56,7	54,3	51,1	57,5	56,7	54,3	59,2
Abus d'alcool	17,7	16,4	19,0	22,9	19,7	26,1	24,1	21,2	26,8	26,9	24,6	29,2
Activité physique rare	28,3	26,5	30,1	29,2	24,6	33,8	21,1	18,7	23,4	19,0	17,0	20,9
Inactif(ve) durant les loisirs	52,7	50,5	55,0	58,0	53,0	63,1	49,2	46,4	51,9	47,1	44,5	49,6
Problèmes de santé chroniques												
Au moins un problème de santé chronique	48,5	46,0	51,1	57,3	53,2	61,3	68,0	65,2	70,9	72,3	70,0	74,5
Arthrite	11,6	10,0	13,2	11,5	8,8	14,1	21,0	18,9	23,4	19,8	17,8	21,8
Hypertension	9,4	7,8	11,1	10,9	8,3	13,5	11,8	9,7	14,0	14,4	12,9	16,0
Asthme	6,1	4,9	7,4	6,3	4,0	8,5	13,1	11,0	15,3	10,7	9,2	12,1
Maladie cardiaque	5,1	3,9	6,2	2,7	1,3	4,1	4,5	3,3	5,8	4,9	3,9	5,8
Diabète	3,2	2,1	4,3	3,8	2,2	5,4	6,4	5,1	7,7	6,4	5,3	7,4
Troubles intestinaux	1,7	0,8	2,6	2,6	0,9	4,4	2,3	1,5	3,1	5,3	4,2	6,3
Accident vasculaire cérébral	0,9	0,5	1,3	1,2	0,5	2,0	1,0	0,4	1,6	1,7	1,2	2,3
Non-Autochtones												
Facteurs de risque												
Excès de poids	28,8	26,0	31,5	34,0	30,9	37,1	26,9	26,5	27,3	33,7	33,3	34,2
Obésité	18,5	15,9	21,0	21,1	18,3	23,9	12,3	12,0	12,5	15,6	15,2	15,9
Fumeur(euse) quotidien(ne)	29,9	26,5	33,3	23,5	20,1	26,9	22,4	22,0	22,8	17,6	17,3	18,0
Buveur(euse) régulier(ère)	65,3	62,0	68,5	66,8	63,0	70,5	61,0	60,5	61,4	64,3	63,8	64,7
Abus d'alcool	36,1	33,0	39,2	38,5	34,8	42,2	45,8	45,4	46,2	43,0	42,5	43,4
Activité physique rare	19,2	16,5	22,0	18,5	15,9	21,1	21,6	21,2	22,0	18,0	17,7	18,3
Inactif(ve) durant les loisirs	42,6	39,2	45,9	45,8	41,5	50,0	52,2	51,7	52,7	49,4	49,0	49,9
Problèmes de santé chroniques												
Au moins un problème de santé chronique	61,6	58,1	65,1	62,2	57,8	66,5	66,4	65,9	66,8	69,7	69,4	70,3
Arthrite	13,7	12,1	15,4	14,9	12,5	17,3	17,2	16,9	17,5	18,5	18,2	18,8
Hypertension	9,4	7,6	11,2	11,3	9,3	13,2	14,4	14,1	14,7	17,0	16,7	17,3
Asthme	8,5	6,2	10,7	8,6	6,6	10,5	7,8	7,5	8,0	7,8	7,6	8,0
Maladie cardiaque	3,3	2,1	4,4	2,7	1,9	3,6	5,7	5,5	5,8	5,4	5,2	5,5
Diabète	3,1	2,3	3,9	3,8	2,5	5,0	4,6	4,5	4,8	5,5	5,3	5,6
Troubles intestinaux	2,1	1,2	2,9	4,2	2,6	5,8	2,3	2,2	2,5	4,3	4,2	4,5
Accident vasculaire cérébral	0,3	0,0	0,7	0,5	0,2	0,8	1,2	1,1	1,3	1,2	1,1	1,3

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles de 2000-2001 et de 2005-2006.

multiple pondérée, stratifiée selon le statut d'Autochtone/non-Autochtone pour tester les associations entre la résidence dans le Nord par opposition au sud du Canada et chacun des facteurs de risque et problèmes de santé chroniques. Chaque modèle comprenait aussi le groupe d'âge (20 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, et 75 ans et plus) et le sexe comme covariables. La catégorie de référence était le sud du Canada. Nous avons analysé séparément les données des cycles 1.1 et 3.1. Nous avons utilisé les poids de sondage dans toutes les analyses, afin que les estimations finales soient représentatives des populations étudiées du Nord et du sud du Canada.

Nous avons appliqué une méthode *bootstrap* pour calculer les intervalles de confiance à 95 % des rapports de cotes corrigés[8-10]. Cette méthode comporte un échantillonnage aléatoire avec remise de l'ensemble original d'observations pour obtenir une distribution d'échantillonnage pour un paramètre de population (p. ex., rapport de cotes). Toutes les analyses ont été effectuées en SAS, version 9.1, en adoptant un seuil de signification de α=0,05[11]. Nous nous sommes servis d'une macro SAS développée par Statistique Canada pour calculer les intervalles de confiance *bootstrap*, qui ont été fondés sur 500 échantillons, comme le recommandent les développeurs du logiciel.

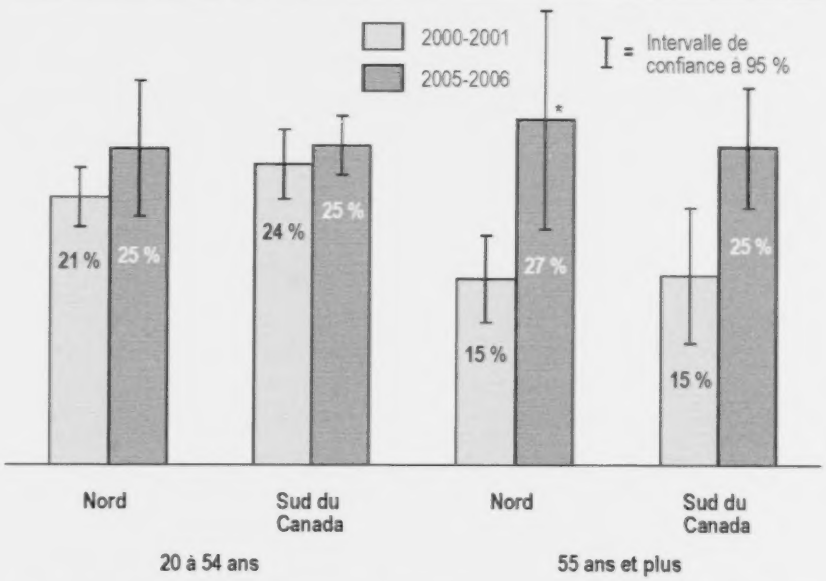
Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

Parmi les participants de 20 ans et plus au cycle 1.1 (2000-2001) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes vivant hors réserve, 2 074 vivaient dans le Nord et 113 916, dans le sud du Canada (tableau 1). Pour le cycle 3.1 (2005-2006), les chiffres correspondants étaient de 2 166 et 116 550.

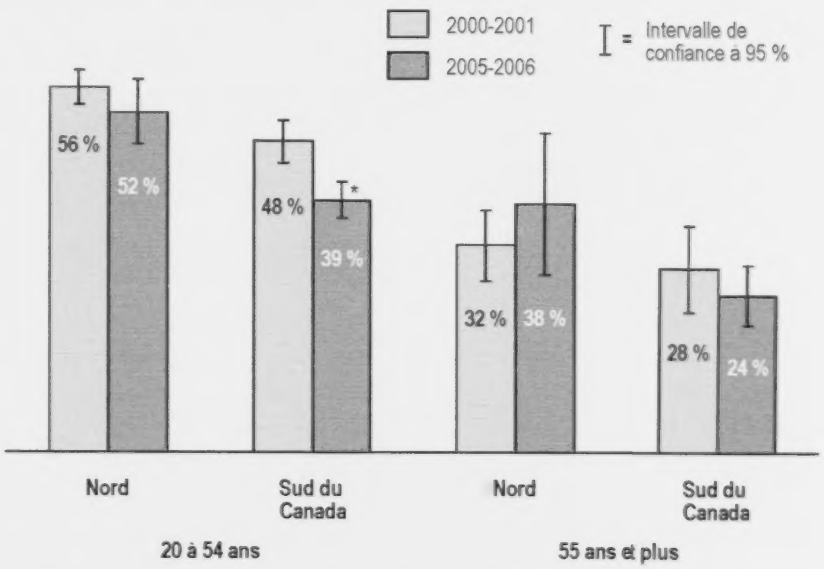
Au cycle 1.1, 41,8 % de participants résidant dans le Nord et 2,7 % de ceux résidant dans le sud du Canada étaient Autochtones; au cycle 3.1, les pourcentages étaient de 37,4 % et 3,6 %,

Figure 1
Prévalence de l'obésité, selon le groupe d'âge et la région, Autochtones hors réserve de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001 et 2005-2006



* valeur significativement différente de l'estimation pour 2000-2001 ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles de 2000-2001 et de 2005-2006

Figure 2
Prévalence de l'usage quotidien du tabac, selon le groupe d'âge et la région, Autochtones hors réserve de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001 et 2005-2006



* valeur significativement différente de l'estimation pour 2000-2001 ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles de 2000-2001 et de 2005-2006

Tableau 3
Rapports de cotes corrigés selon l'âge et le sexe pour certains facteurs de risque et problèmes de santé chroniques importants dans le Nord, selon l'ethnicité, population hors réserve de 20 ans et plus, 2000-2001 et 2005-2006

	Autochtones						Non-Autochtones					
	2000-2001			2005-2006			2000-2001			2005-2006		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Facteurs de risque												
Excès de poids	1,00	0,85	1,18	0,83	0,66	1,05	0,93	0,81	1,08	1,03	0,89	1,19
Obésité	1,30*	1,00	1,50	1,70*	1,30	2,20	1,30*	1,10	1,60	1,50*	1,20	1,70
Fumeur(euse) quotidien(ne)	1,84*	1,57	2,14	3,20*	2,60	3,93	1,32*	1,12	1,55	1,33*	1,10	1,60
Buveur(euse) régulier(ère)	0,81*	0,71	0,93	1,44*	1,14	1,81	1,00	0,86	1,18	1,04	0,87	1,23
Abus d'alcool	0,80*	0,60	0,90	1,10	0,90	1,30	0,70*	0,60	0,80	1,00	0,80	1,10
Activité physique rare	1,21*	1,04	1,41	1,82*	1,40	2,37	0,92	0,77	1,09	1,14	0,96	1,35
Inactif(ve) durant les loisirs	1,06	0,94	1,20	1,68*	1,35	2,11	0,68*	0,60	0,78	0,90	0,76	1,07
Problèmes de santé chroniques												
Au moins un problème de santé chronique	0,50*	0,43	0,57	0,67*	0,55	0,82	0,85*	0,73	0,99	0,82	0,67	1,00
Arthrite	0,49*	0,40	0,60	0,65*	0,49	0,88	0,95	0,81	1,11	1,09	0,85	1,38
Hypertension	0,68*	0,52	0,89	0,86	0,62	1,18	0,75*	0,60	0,95	0,83	0,65	1,06
Asthme	0,49*	0,37	0,64	0,71	0,48	1,06	1,06	0,81	1,38	1,12	0,86	1,44
Maladie cardiaque	1,03	0,72	1,48	0,74	0,40	1,37	0,74	0,50	1,11	0,73	0,52	1,02
Diabète	0,51*	0,34	0,78	0,75	0,45	1,25	0,83	0,62	1,10	0,87	0,59	1,29
Troubles intestinaux	0,80	0,41	1,57	0,61	0,29	1,28	0,89	0,56	1,41	1,06	0,70	1,59
Accident vasculaire cérébral	0,70	0,35	1,43	1,02	0,45	2,30	0,36	0,02	7,57	0,57	0,27	1,23

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
Nota : La catégorie de référence est la population du sud du Canada.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycles de 2000-2001 et de 2005-2006.

respectivement. Selon le Recensement de 2001[12], 37,0 % de résidents du Nord vivant hors réserve étaient Autochtones; le chiffre pour le sud du Canada était de 1,8 %.

Aux deux cycles de l'enquête, environ la moitié des participants résidant dans le Nord étaient des hommes; pour le sud du Canada, le pourcentage était d'environ 45 %. Selon le recensement, les pourcentages d'hommes et de femmes sont les mêmes dans le sud du Canada.

Les personnes vivant dans le Nord avaient tendance à être plus jeunes que celles établies dans le sud du Canada. En pourcentage de la population de 20 ans et plus, aux deux cycles de l'enquête, environ 37 % de participants vivant dans le Nord avaient moins de 35 ans, comparativement à environ 24 % dans le sud du Canada; les pourcentages correspondants selon le Recensement de 2001 étaient de 36,0 % et 27,0 %.

Facteurs de risque

En 2000-2001 et en 2005-2006, les taux bruts de prévalence de l'usage quotidien du tabac, de l'activité physique rare et de l'inactivité durant les loisirs étaient plus élevés chez les Autochtones vivant dans le Nord que chez ceux établis dans le sud du Canada (tableau 2). En revanche, l'excès de poids, l'obésité, la consommation régulière d'alcool et l'abus d'alcool étaient plus fréquents chez les Autochtones vivant dans le sud du Canada.

Parmi les non-Autochtones, l'excès de poids, l'obésité, l'usage quotidien du tabac et la consommation régulière d'alcool étaient plus fréquents dans le Nord que dans le sud du Canada en 2000-2001 et en 2005-2006.

De 2000-2001 à 2005-2006, la prévalence de l'obésité a augmenté chez tous les groupes, à savoir les Autochtones et les non-Autochtones, dans le Nord et dans le sud du Canada (tableau 2). Toutefois, parmi les Autochtones, c'est dans le Nord que la hausse a été la plus importante (tableau 2 et figure 1).

Durant la même période de cinq ans, la prévalence globale de l'usage quotidien du tabac a diminué dans tous les groupes, mais est demeurée la plus élevée chez les Autochtones vivant dans le Nord (tableau 2). La baisse de la prévalence de l'usage du tabac chez les Autochtones n'était pas statistiquement significative pour le groupe des 20 à 54 ans vivant dans le Nord, mais elle l'était pour leurs homologues établis dans le sud du Canada (figure 2). Chez les 55 ans et plus, le taux d'usage du tabac parmi les Autochtones n'a pas varié de manière significative, quel que soit l'endroit où ils vivaient.

Après avoir tenu compte de la répartition selon l'âge et le sexe des divers groupes, les cotes exprimant le risque d'obésité, d'usage quotidien du tabac et d'activité physique rare étaient significativement plus élevées pour les Autochtones du Nord que pour ceux établis dans le sud du Canada (tableau 3).

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les résultats de nombreuses mesures de la santé sont moins favorables pour les Autochtones que pour les non-Autochtones au Canada.
- L'environnement social, culturel et physique des Autochtones vivant dans le Nord évolue rapidement.
- Assez peu de données sont disponibles sur les variations de la prévalence des facteurs de risque et des problèmes de santé chroniques chez les Autochtones et les non-Autochtones vivant dans le Nord, comparativement à ceux établis dans le sud du Canada.

Ce qu'apporte l'étude

- Les écarts entre les mesures fondées sur des données autodéclarées de l'obésité, de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool et de l'activité physique chez les Autochtones du Nord et ceux vivant dans le sud du Canada sont significatifs.
- Les variations relevées de 2000-2001 à 2005-2006 témoignent d'un fossé croissant entre les deux groupes pour de nombreux facteurs de risque.
- En 2000-2001, les Autochtones vivant dans le Nord étaient moins susceptibles que ceux établis dans le sud du Canada de déclarer certains problèmes de santé chroniques, dont l'arthrite, l'hypertension, l'asthme et le diabète, ainsi que de présenter au moins un problème de santé chronique. En 2005-2006, il n'en était plus ainsi que pour l'arthrite et l'existence d'au moins un problème de santé chronique.
- Comparativement, les écarts entre les non-Autochtones vivant dans le Nord et ceux établis dans le sud du Canada étaient moins nombreux, de même que les preuves d'un fossé grandissant au cours du temps.

De surcroît, ces associations étaient plus fortes en 2005-2006 que cinq ans auparavant.

En 2000-2001, les cotes exprimant le risque de consommer régulièrement de l'alcool et d'abuser de l'alcool étaient significativement plus faibles chez les Autochtones vivant dans le Nord que chez ceux vivant dans le sud du Canada. Par contre, en 2005-2006, la cote exprimant le risque de consommer régulièrement de l'alcool était significativement plus élevée chez les Autochtones du Nord, mais celle exprimant le risque d'abus d'alcool ne différait pas significativement de celle observée pour les Autochtones établis dans le sud du Canada.

En 2000-2001 ainsi qu'en 2005-2006, les cotes exprimant le risque d'être obèse et de fumer quotidiennement étaient significativement plus élevées chez les non-Autochtones vivant dans le Nord que chez ceux vivant dans le sud du Canada. En 2000-2001, les cotes exprimant le risque d'abus d'alcool et d'inactivité durant les loisirs étaient significativement plus faibles chez les non-Autochtones du Nord que chez ceux du sud du Canada, mais en 2005-2006, les écarts n'étaient pas statistiquement significatifs.

Problèmes de santé chroniques

En 2000-2001 et en 2005-2006, les taux bruts de prévalence de l'existence d'au moins un problème de santé chronique, de l'arthrite, du diabète et de l'hypertension étaient plus élevés dans le sud du Canada que dans le Nord chez les Autochtones ainsi que les non-Autochtones (tableau 2).

Après avoir tenu compte des effets de la répartition de la population selon l'âge et le sexe, en 2000-2001, les cotes exprimant le risque de souffrir d'au moins un problème de santé chronique, d'arthrite, d'asthme, de diabète ou d'hypertension étaient significativement plus faibles chez les Autochtones vivant dans le Nord que chez ceux établis dans le sud du Canada (tableau 3). En revanche, en 2005-2006, une cote significativement plus faible n'a été observée que pour l'existence d'au moins un problème de santé chronique et pour l'arthrite; les rapports de cotes pour les autres problèmes de santé chroniques n'étaient pas statistiquement significatifs.

Chez les non-Autochtones vivant dans le Nord, la cote exprimant le risque d'avoir au moins un problème de santé chronique était significativement plus faible en 2000-2001, mais non en 2005-2006. Chez ce groupe, la cote exprimant le risque d'hypertension était également significativement plus faible en 2000-2001, mais de nouveau, les rapports de cotes n'étaient pas statistiquement significatifs en 2005-2006.

Discussion

La présente analyse des données des cycles de 2000-2001 et de 2005-2006 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle des différences importantes de prévalence des facteurs de risque comportementaux et des problèmes de santé chroniques entre les Autochtones vivant hors réserve dans le Nord et ceux établis dans le sud du Canada; les écarts sont moins évidents entre les non-Autochtones établis dans le Nord et dans le Sud. En outre, parmi les résidents du Nord, au cours de la période de référence de cinq ans, la variation des rapports de cotes pour les facteurs de risque était plus importante chez les Autochtones que chez les non-Autochtones.

En 2005-2006, la plupart des différences de prévalence des problèmes de santé chroniques entre les Autochtones vivant dans le Nord et ceux vivant dans le sud du Canada n'étaient plus statistiquement significatives.

L'étude donne à penser que l'écart entre la prévalence des facteurs de risque comportementaux chez les Autochtones du Nord et ceux vivant dans le sud du Canada se creuse, mais que celui entre les taux de prévalence de certains problèmes de santé chroniques importants diminue. Il pourrait s'agir des premiers signes de l'effet des changements dans le profil des facteurs de risque comportementaux sur la santé des Autochtones vivant dans le Nord.

Les différences de prévalence des facteurs de risque comportementaux et des problèmes de santé chroniques entre les Autochtones et les non-Autochtones tant dans le Nord que dans le sud du Canada pourraient être associées à un certain nombre de circonstances et caractéristiques, dont l'accès aux services de santé et leur utilisation, les connaissances, attitudes et croyances au sujet de la santé, les déterminants sociaux et la prédisposition génétique.

L'accès au système de santé et l'utilisation de ce dernier, particulièrement dans les régions éloignées, pourraient avoir une incidence sur le dépistage et le diagnostic des maladies chroniques et l'utilisation de services de prévention primaire. Par exemple, bien que l'accès au système de santé soit universel au Canada, des études ont révélé des variations de taux d'utilisation des soins primaires et des services des spécialistes selon l'ethnicité[13], ainsi qu'entre les Autochtones et les non-Autochtones[14,15], même chez les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques, dont on s'attend à ce que les besoins de soins de santé soient élevés de façon constante.

Ainsi, la sensibilisation aux risques pour la santé que posent l'obésité, l'inactivité et l'usage du tabac est associée à des déterminants de la santé tels que l'ethnicité, le revenu et le niveau de scolarité[16]. Selon des travaux de recherche antérieurs, il existe des différences d'expression génétique de certaines maladies, y compris le syndrome métabolique multiple, qui est caractérisé par un groupe de facteurs de risque de maladie cardiovasculaire[17].

Limites

La présente étude comporte un certain nombre de limites. Elle est fondée sur des données transversales recueillies à deux points dans le temps pour estimer les variations de la prévalence des facteurs de risque comportementaux et des principaux problèmes de santé chroniques, au lieu d'utiliser des mesures répétées effectuées auprès d'une même cohorte pour suivre les trajectoires en matière de santé.

L'effet éventuel de la façon dont la population autochtone a été définie sur les résultats de l'étude ne doit pas être sous-estimé[18,19]. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sur les origines culturelles et raciales ont été utilisées pour faire la distinction entre les Autochtones et les non-Autochtones. En revanche, le recensement du Canada recueille de l'information sur l'identité ainsi que l'origine autochtone[20]. L'identité autochtone inclut les personnes qui s'identifient à au moins un groupe autochtone (Indien(ne) de l'Amérique du Nord, Métis(se), Inuit(e)), ainsi que celles qui ne déclarent pas une identité autochtone, mais qui disent être un(e) Indien(ne) inscrit(e) ou visé(e) par un traité et/ou être membre d'une bande ou d'une Première nation. Les personnes qui déclarent des origines culturelles ou raciales autochtones pourraient ne pas déclarer une identité autochtone.

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne sont disponibles que pour les personnes vivant hors réserve. Selon le Recensement du Canada de 2001, aucun résident du Nunavut ne vivait dans les réserves, ni 90 % des résidents du Yukon (70 % des Autochtones et 96 % des non-Autochtones). Par contre, dans les Territoires du Nord-Ouest, un peu plus de la moitié seulement (51 %) de l'ensemble de la population (29 % d'Autochtones et 73 % de non-Autochtones) ne vivait pas dans les réserves[12]. Dans le sud du Canada, 99 % de la population (70,8 % d'Autochtones et 99,9 % de non-Autochtones) ne vivaient pas dans les réserves.

La présente analyse est limitée aux catégories « Autochtones » et « non-Autochtones », quoique ces groupes ne soient pas homogènes. Parmi les Autochtones, le fardeau de la maladie et les facteurs de risque peuvent varier entre les Premières nations, les Inuits et les Métis.

Les données autodéclarées sur lesquelles est fondée l'étude pourraient sous-estimer la prévalence de certains facteurs de risque comportementaux, tels que l'excès de poids, l'obésité et l'usage du tabac, et surestimer celle de l'activité physique[21]. En outre, les mesures de l'excès de poids et de l'obésité élaborées pour les populations européennes pourraient ne pas être applicables aux Autochtones[22], surtout les Inuits[23]. L'activité physique durant les loisirs ne tient pas compte de l'activité au travail, à l'école ou à la maison.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le diagnostic des problèmes de santé chroniques peut être influencé par l'accès aux services de santé et leur utilisation, facteur qui n'a pas été examiné dans la présente étude. Le fait que la prévalence déclarée des problèmes de santé chroniques est faible pourrait refléter non pas tant l'absence de la maladie que l'absence d'un diagnostic. En outre, les estimations de la prévalence des problèmes de santé chroniques calculées d'après les données de l'enquête pourraient ne pas concorder avec les estimations obtenues d'après d'autres sources de données représentatives de la population. Ainsi, Lix et coll.[24] ont constaté que la concordance entre les données d'enquête et les données administratives était la plus importante pour le diabète et l'hypertension, et qu'elle était plus faible pour l'arthrite et la maladie cardiaque.

Conclusion

Malgré ces limites, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est une riche source d'information pour l'étude des facteurs de risque comportementaux, des problèmes de santé chroniques et de leurs corrélats. De futures analyses pourraient avoir pour objectif d'explorer la cooccurrence de multiples facteurs de risque chez les Autochtones et chez les non-Autochtones, leur association avec les déterminants de la santé, tels que le revenu, la sécurité alimentaire et l'utilisation des soins de santé[25], ainsi que les modèles causals éventuels[26]. En outre, les données provenant de plus d'un cycle pourraient être combinées[1,27,28] afin d'obtenir une taille d'échantillon suffisante pour permettre les comparaisons entre les groupes

autochtones dans les diverses régions du Canada.

En résumé, la santé des Autochtones qui vivent dans le Nord semble se détériorer comparativement à celle des Autochtones qui vivent dans le sud du Canada et des non-Autochtones établis dans les deux régions. Étant donné les résultats délétères éventuellement liés aux facteurs de risque comportementaux et aux problèmes de santé chroniques, la surveillance de la santé de la population sera importante pour les populations autochtones du Nord. ■

Remerciements

La présente étude a été financée par la subvention d'équipe « Équipe de recherche en santé circumpolaire des IRSC » [CTP-79853] des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le Réseau canadien de l'arthrite [07-NAARI-04]. Les travaux de Mme Lix sont financés par une bourse salariale pour nouveau chercheur des IRSC et une chaire de recherche du centenaire à l'Université de la Saskatchewan.

Références

1. M.S. Tremblay, C.E. Perez, C.I. Ardern *et al.*, « Obésité, embonpoint et origine ethnique », *Rapports sur la santé*, 16(4), 2005, p. 25-37 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
2. M. Tjepkema, « Obésité chez les adultes », *Rapports sur la santé*, 17(3), 2006, p. 9-26 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
3. A. Vanasse, M. Demers, A. Hemiari et J. Courteau, « Obesity in Canada: where and how many? », *International Journal of Obesity*, 30, 2006, p. 677-683.
4. M. Monsalve, H. Thommasen, G. Pachev et J. Frohlich, « Differences in cardiovascular risks in the aboriginal and non-aboriginal people living in Bella Coola, British Columbia », *Medical Science Monitor*, 11(1), 2005, p. 21-28.
5. K.N. Deering, L.M. Lix, S. Bruce et T.K. Young, « Chronic diseases and risk factors in Canada's northern populations: Longitudinal and geographic comparisons », *Canadian Journal of Public Health*, 100, 2009, p. 14-17.
6. Santé Canada, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003 (Santé Canada, nº H49-179/2003F au catalogue).
7. D.L. Reynolds, L.W. Chambers et M.R. DeVillaer, « Measuring alcohol abuse in the community: Consumption, binge-drinking, and alcohol-related consequences ("alcoholism") », *Canadian Journal of Public Health*, 83, 1992, p. 441-447.
8. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 209-217 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
9. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
10. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, American Statistical Association, Baltimore, août 1999.
11. SAS Institute, Inc. *SAS/STAT User's Guide, Version 9*, Cary, North Carolina, SAS Institute, Inc., 2004.
12. Statistique Canada, *Population d'identité autochtone, statut d'Indien inscrit, groupes d'âge, sexe, et région de résidence, pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, recensement de 2001 – Données-échantillon (20 %)* (Statistique Canada nº 97F0011XCB2001005 au catalogue), disponible à l'adresse http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/ListProducts.cfm?Temporal=2001&APATH=3&THEME=45&FREE=0 (document consulté le 17 août 2009).
13. H. Quan, A. Fong, C. DeCoster *et al.*, « Variation in health services utilization among ethnic populations », *Canadian Medical Association Journal*, 174, 2006, p. 787-791.
14. S. Gao, B.J. Manns, B.F. Culleton *et al.*, « Access to health care among status Aboriginal people with chronic kidney disease », *Canadian Medical Association Journal*, 179, 2008, p. 1007-1012.
15. N. Jette, H. Quan, P. Faris *et al.*, « Health resource use in epilepsy: Significant disparities by age, gender, and aboriginal status », *Epilepsia*, 49, 2008, p. 586-593.
16. C.-S. Ho et A.C. Tsai, « Prevalence of overweight and obesity and its associated factors in aboriginal Taiwanese: Findings from the 2001 National Health Interview Survey in Taiwan », *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16, 2007, p. 572-579.
17. T.K. Young, D. Chateau et M. Zhang, « Factor analysis of ethnic variation in the multiple metabolic (insulin resistance) syndrome in three Canadian populations », *American Journal of Human Biology*, 14, 2002, p. 649-658.
18. J.B. Kaplan et T. Bennett, « Use of race and ethnicity in biomedical publication », *Journal of the American Medical Association*, 289, 2003, p. 2709-2716.
19. M. Ramiriz, M.A. Ford, A.L. Stewart et J.A. Teresi, « Measurement issues in health disparities research », *Health Services Research*, 40, 2005, p. 1640-1657.
20. Statistique Canada, recensement de 2006, Origines ethniques, chiffres de 2006, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %) (tableau), *Portrait ethnoculturel du Canada – Faits saillants en tableaux* (nº 97-562-XWF2006002 au catalogue), disponible à l'adresse http://www12.statcan.gc.ca/english/census06/data/highlights/ethnic/pages/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&Code=01&Data=Count&Table=2&StartRec=1&Sort=3&Display=All&CSDFilter=5000 (document consulté le 14 août 2009).
21. S.C. Gorber, M. Shields, M.S. Tremblay et I. McDowell, « La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité », *Rapports sur la santé*, 19(3), 2008, p. 75-87 (Statistique Canada, nº 82-003-XPF au catalogue).
22. S.A. Lear, K.H. Humphries, J.J. Frohlich, C.L. Birmingham, « Appropriateness of current thresholds for obesity-related measures among Aboriginal people », *Canadian Medical Association Journal*, 177, 2007, p. 1499-1505.
23. T.K. Young, P. Bjerregaard, E. Dewailly, P.M. Risica *et al.*, « Prevalence of obesity and its metabolic correlates among the circumpolar Inuit in three countries », *American Journal of Public Health*, 97, 2007, p. 691-695.

24. L.M. Lix, M.S. Yogendran, S.Y. Shaw *et al.*, « Chronic disease case ascertainment from administrative data: Agreement with survey data », *Chronic Diseases in Canada*, 29, 2008, p. 31-38.

25. C.L. Reading et F. Wein, « *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health* », Prince George, British Columbia: National Collaborating Centre for Aboriginal Health, disponible à l'adresse http://www.nccah-ccnsa.ca/ (document consulté le 17 août 2009).

26. Z. Ansari, N.J. Carson, M.J. Ackland *et al.*, « A public health model of the social determinants of health », *Sozial- und Praventivmedizin*, 48, 2003, p. 242-251.

27. M. Tjepkema, « Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada », *Rapports sur la santé*, 19(1), 2008, p. 57-70 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

28. S. Thomas et B. Wannell, « Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, 20(1), 2009, p. 59-65 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).